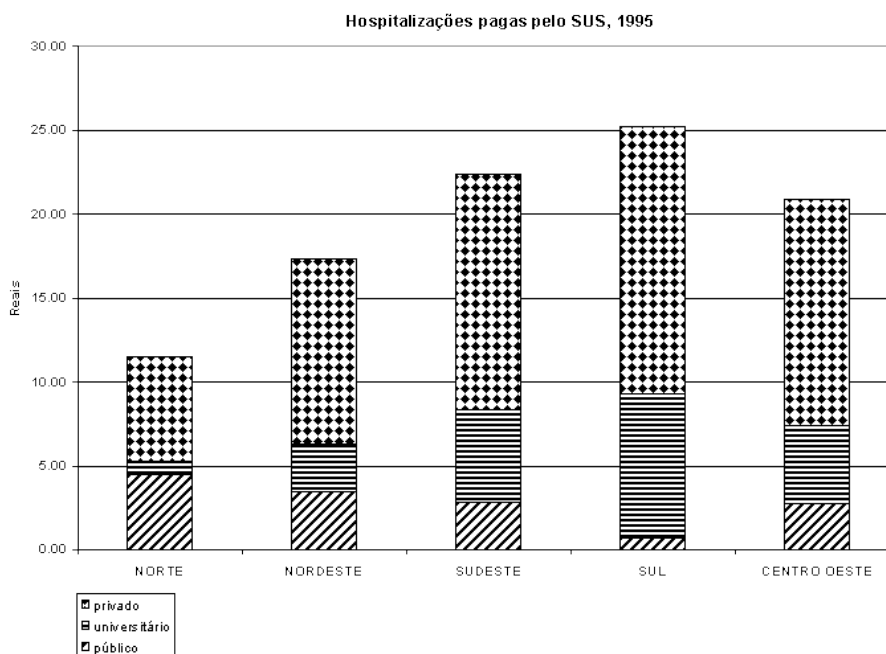
O Dinheiro da Saúde

Simon Schwartzman

(publicado em *O Estado de São Paulo*, 11/11/1997)

Saúde não tem preço, e os gastos com saúde, os custos do atendimento médico e hospitalar não têm fim. É sempre possível, e frequentemente justificável, fazer mais um exame, experimentar um novo remédio, prolongar um tratamento, pedir uma outra opinião especializada. Na medida em que os problemas básicos de saúde vão sendo resolvidos, a população começa a viver mais, as doenças degenerativas ficam mais frequentes, e o custo da saúde aumenta. O sentido comum sugere que, quando existe mais pobreza, existe mais doença, e, consequentemente, mais gastos médicos. Na realidade, ocorre o contrário: aonde existe mais riqueza, as pessoas vivem mais, existem mais médicos e hospitais, as pessoas recebem mais tratamento, e o custo da saúde aumenta. O fato de os mais ricos gastarem mais com saúde não seria problema se eles pagassem a conta de seu próprio bolso. A questão fica complicada quando é o próprio setor público quem gasta mais dinheiro com os ricos do que com os pobres. É o que tem ocorrido no Brasil, como pode ser visto com clareza no gráfico abaixo:

Este gráfico mostra com muita clareza que o Sistema Integrado de Saúde beneficia muito mais os habitantes das regiões mais ricas, aonde existem mais equipamentos e instalações médicas, do que os de regiões mais pobres. É a oferta de serviços médicos, em outras palavras, e não as necessidades da população, que determina a orientação dos gastos públicos em saúde. E o grande provedor desta oferta é a

medicina privada: dos 3,2 bilhões de reais gastos pelo SUS em hospitalizações em 1995, dois bilhões foram para atendimentos pelo setor privado, para cerca de 8,7 milhões de internações. Dos 1.2 bilhões gastos com hospitalizações no setor público, 746 milhões foram para hospitais universitários, para quase um milhão e meio de internações, e o resto, 444 milhões, para os demais hospitais públicos, para cerca de 2.5 milhões de internações. Os hospitais universitários gastam mais do que todos os demais hospitais públicos, e atendem muito menos gente. Parte da explicação parece estar no fato de que são os hospitais universitários que ficam com os casos mais difíceis e dispendiosos: seus pacientes ficam mais tempo internados, custam mais por dia, e apresentam uma taxa de mortalidade bem superior à dos demais setores. Esta oferta de atendimento complexo e, aparentemente, de qualidade, também está concentrada nos Estados mais ricos do Sul e do Sudeste, e quase não existe nas regiões mais empobrecidas do Norte e do Nordeste (dados do Ministério da Saúde, publicados no *Anuário Estatístico do IBGE*, 1996, tabela 2.73)

Seria equivocado culpar a medicina privada por esta situação, e pensar que seria fácil criar uma rede nacional e pública de atendimento que funcionasse de forma mais eficaz, a custo menor e sobretudo que atendesse ao público de forma mais equânime. O exemplo dos hospitais universitários mostra que o setor público não está menos deformado do que o privado do ponto de vista do atendimento privilegiado às regiões mais ricas. O que é necessário é abandonar a idéia generosa, mas totalmente irrealista, de que o governo deve pagar todas as contas que lhe são apresentadas pelo SUS, e dar início a uma política orientada de pagamentos seletivos e coberturas parciais que não se proponha a atender totalmente à demanda insaciável por gastos médicos das regiões mais ricas, e estimule o desenvolvimento da oferta de serviços médicos, tanto públicos quanto privados, nas áreas mais carentes.

Isto é mais fácil de falar do que fazer, principalmente quando as classes médias encontram dificuldades cada vez maiores para pagar os custos da medicina privada. Mas já estamos avançando na criação de um sistema bem consolidado de medicina em grupo que possa atender de forma mais acessível a quem possa pagar, liberando, desta forma, os recursos públicos para as pessoas e regiões mais necessitadas.